

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	۰۰	۹۵/۰۲/۰۴	صدور اولیه
کلیه صفحات	۰۱	۹۵/۰۷/۱۱	اصلاحات در متن شیفت کاری. اضافه نمودن کلوز شماره ۱۶ و اصلاح متن کلوز ۱۷ و حذف توضیح اضافی کلوز ۱۷، حذف آیتم های مربوط به حداکثر مطالبات سازمان تامین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی از بیمه گذار از قسمت تعهدات مورد درخواست بیمه گذار
صفحه ۳ و ۲	۰۲	۹۶/۱۲/۰۲	اضافه شدن موارد مربوط به تغییر محل مورد بیمه در مدت اعتبار بیمه نامه، حذف «حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای حرام» از پوشش ها و تعهدات، حذف عبارت «در ماههای عادی» از پوشش «حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای عادی»، تغییر پوشش تکمیلی شماره ۴ بصورت «در راستای انجام فعالیت اصلی موضوع بیمه آیا تمایل دارید مسئولیت پیمانکاران فرعی در مقابل کارکنان خود تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد»، تغییر پوشش تکمیلی شماره ۹ بصورت «بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی ولی مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه»، اضافه شدن پوشش های تکمیلی ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶.
صفحه ۳ و ۲	۰۳	۹۷/۰۴/۲۳	حذف پوشش شماره ۱۳ (پوشش اهمال و قصور غیر عمدی کارکنان بیمه گذار به سایر کارکنان بیمه گذار) و حذف آیتم «مآزاد بر تعهدات بیمه نامه اجباری شخص ثالث اتومبیل» از پوشش شماره ۳ پوشش های تکمیلی
صفحه ۱	۰۴	۹۷/۰۸/۱۴	اضافه شدن آدرس محل مورد بیمه.
تهیه کننده/بازنگری کننده	تأیید کننده		تصویب کننده
مدیر بیمه های مسئولیت	مدیر معماری سازمانی	معاون فنی	مدیر عامل
نام:	نام:	نام:	نام:
تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند.

LAF ۰۶۳

تجدید نظر: ۰۴

صفحه: ۱ از ۴

بیمه سامان

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی



### مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی: .....	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): .....
تاریخ تولد: ۱۳ / /	دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>
شماره ملی (الزامی است): .....	تاریخ تأسیس: ۱۳ / /
سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: .....	شماره ثبت: .....
.....	شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است): .....

نشانی بیمه گذار: .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... دورنگار: ..... کد پستی: .....

نشانی محل مورد بیمه: .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... دورنگار: ..... کد پستی: .....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای پروژه‌ای خریداری نموده‌اید؟  بلی  خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است نام پروژه و شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید:

.....

آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟  بلی  خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

.....

### مشخصات عمومی مورد بیمه

موضوع فعالیت: .....

تعداد کارکنان ثابت ودائمی بیمه گذار و پیمانکاران فرعی: ..... نفر

تعداد کارکنان متغیر بیمه گذار و پیمانکاران فرعی (قراردادی یا روزمزد): حداکثر ..... نفر

قابل ذکر است، در بررسی خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گذار کمتر از تعداد واقعی نیروی کار در زمان حادثه بوده است، خسارت با رعایت ماده ۱۳ از قانون بیمه و به نسبت نفرات بیمه شده با نفرات زمان وقوع حادثه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تذکر: در صورتیکه حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گذار ۵٪ افزایش یابد خسارات احتمالی بدون اعمال قاعده نسبی قابلیت رسیدگی دارد.

تعداد شیفت کاری در شبانه روز ..... شیفت

آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟  بلی  خیر

آیا کارکنان در تعطیلات رسمی نیز کار می کنند؟  بلی  خیر

**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی**

در صورتی که محل مورد بیمه در طی مدت اعتبار بیمه نامه تغییر می کند، به سوالات زیر پاسخ دهید :

آیا امکان ارائه اسامی کارکنان وجود دارد؟  بلی  خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً اسامی کارکنان را اعلام نمائید.

در صورتی که امکان ارائه اسامی کارکنان وجود ندارد بیمه گذار می بایست محل مورد بیمه (محل اجرای کار) را ۲۴ ساعت قبل از شروع کار بصورت مکتوب به بیمه گر اعلام نماید تا با صدور الحاقیه محل جدید نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد. لازم به ذکر است در صورت عدم رعایت نکات فوق، امکان رسیدگی و پرداخت خسارات احتمالی از جانب بیمه گر مقدور نمی باشد.

**وضعیت ایمنی محیط کار و کارکنان**

۱. خطراتی که کارکنان را در محیط کار تهدید می کند عبارتند از:

- قطع عضو     انفجار     برق گرفتگی     سوختگی     سقوط از ارتفاع  
 سقوط اجسام     گزیدگی حیوانات     گاز گرفتگی     سایر خطرات: .....

۲. آیا در محیط کار مورد بیمه واحد HSE ( ایمنی در کار) مستقر می باشد؟  بلی  خیر

۳. وسایل ایمنی مورد استفاده کارکنان در کارگاه عبارتند از:

- ماسک     دستکش     کفش     عینک  
 کلاه     کمربند     سایر: .....

۴. آیا وسایل کمک‌های اولیه در محل مورد بیمه وجود دارد؟  بلی  خیر

۵. نام نزدیکترین بیمارستان و درمانگاه به محل اجرای پروژه: ..... فاصله تقریبی تا محل مورد بیمه: ..... کیلومتر

**مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه**

مدت بیمه‌نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

**پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار**

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول هر نفر در هر حادثه	
حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول در طول مدت بیمه نامه	

پوشش های تکمیلی

۱. محل اقامت موقت و استراحتگاه موقت، اماکن وابسته به کارگاه نظیر رستوران، حمام و سالن ورزشی (خارج از محدوده مکانی تحت پوشش بیمه نامه) بلی  خیر  با ذکر نشانی .....
۲. مأموریت های خارج از محوطه کارگاه به استثناء حوادث وسیله نقلیه موتوری بلی  خیر   
(ارائه نام افراد مأمور در زمان صدور بیمه نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است)
۳. آیا مایل هستید خسارتهای بدنی وارد به کارکنان در اثر حوادث وسیله نقلیه موتوری زمینی مشروط به احراز مسئولیت بیمه گذار و به صورت «پوشش با تعهدات کامل وسیله نقلیه موتوری زمینی» تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی  خیر
۴. چگونگی پرداخت غرامتهای فوت و نقص عضو را مشخص نمایید:  
پرداخت خسارت صرفاً با رأی دادگاه  پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و با احراز مسئولیت بیمه گذار از سوی بیمه گر
۵. در راستای انجام فعالیت اصلی موضوع بیمه آیا تمایل دارید مسئولیت پیمانکاران فرعی در مقابل کارکنان خود تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی  خیر   
در صورتیکه پاسخ مثبت است اسامی پیمانکاران فرعی با تعداد کارکنان هر یک را به تفکیک اعلام نمایید:  
.....  
.....  
.....
۶. مایل هستید هزینه های پزشکی به چه شکلی پرداخت شوند؟  
طبق تعرفه وزارت بهداشت  بدون اعمال تعرفه و صرفاً بر اساس صورتحسابهای مراکز درمانی
۷. خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث ناشی از مسئولیت مستقیم شخص بیمه گذار در محدوده مکانی و یا در مجاورت محدوده مکانی مورد بیمه (این پوشش اضافی تا سقف ۲ نفر را تحت پوشش قرار خواهد داد.) بلی  خیر
۸. پوشش هزینه های کارشناسی و دفاع از بیمه گذار بلی  خیر   
پوشش هزینه های وکالت از ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ( لطفاً سرمایه مورد نظر خود را تعیین نمایید)  
بلی  سقف سرمایه ..... ریال  خیر
۹. بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی اما مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه بلی  خیر
۱۰. مسئولیت متقابل کارکنان در قبال یکدیگر بلی  خیر
۱۱. پوشش جبران هزینه انتقال مصدوم بلی  خیر
۱۲. پوشش جبران هزینه انتقال متوفی بلی  خیر
۱۳. پوشش اضافی صدمات وارد به کارکنان بیمه گذار ناشی از حمل و جابه جایی و یا کاربرد مواد ناریه بلی  خیر
۱۴. پوشش اضافی ایاب و ذهاب کارکنان بلی  خیر
۱۵. پوشش اضافی صدمات جسمانی به کارکنان بیمه گذار ناشی از هر نوع حمله حیوانات وحشی و هر نوع گزیدگی توسط حیوانات سمی، حشرات و گیاهان سمی بلی  خیر
۱۶. مابه التفاوت دیه سالهای آتی: یکسال  دو سال  سه سال
۱۷. آیا تمایل دارید افزایش تعداد کارکنان در طول اعتبار مدت بیمه نامه تا سقف ۲۰٪ حداکثر نیروی اظهار شده در این پرسشنامه تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی  خیر

۱۸. آیا مایل هستید مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) بابت مستمری کارکنان نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی  (لطفاً سرمایه مورد درخواست خود را مشخص فرمایید) برای هر نفر ..... ریال و در طول مدت بیمه ..... ریال. خیر
۱۹. آیا مایل هستید مسئولیت بیمه گذار در قبال خسارت بدنی وارد به کلیه عوامل اجرائی از قبیل پیمانکاران فرعی (که دارای قرارداد مکتوب با بیمه گذار هستند)، کارکنان پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر و مشاور طرف قرارداد با بیمه گذار (صرفاً درمحل اجرای پروژه) نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی  خیر
۲۰. آیا مایل هستید شخص بیمه گذار تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرد. (این پوشش اضافی صرفاً بابت بیمه گذاران حقیقی بوده و تحت شمول شرایط بیمه حوادث موضوع آیین نامه ۸۴ شورای عالی بیمه می باشد). بلی  خیر
۲۱. آیا مایل هستید مسئولیت پیمانکار فرعی در قبال خسارت بدنی وارد به کارکنان بیمه گذار و اشخاص ثالث (صرفاً درمحل اجرای پروژه) نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی  خیر
- در بررسی خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد تعداد کارکنان کلی اظهار شده از سوی بیمه گذار کمتر از تعداد واقعی کارکنان شاغل در محل اجرای پروژه می باشند خسارت با رعایت ماده ۱۳ قانون بیمه و اعمال قاعده نسبی حق بیمه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید.

.....

.....

.....

بیمه گذار محترم، چنانچه مایل هستید سهمی از خسارتهای هزینه پزشکی را شخصاً عهده دار شوید میزان آن را مشخص فرمایید.

- پنج درصد  ده درصد  پانزده درصد  بیست درصد  بیست و پنج درصد

\*\* بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.\*\*

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- خسارت مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص و معتبر بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

\*\* به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ